2 octobre 2024

SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE

GUIDE DE FACTURATION

Mesures incitatives

Votre gouvernement

Régie de l'assurance maladie Québec

Table des matières

Introduction **3**

1. Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) et Demande de paiement Programme de développement professionnel et de maintien des compétences – Annexe 44 – FMSQ – Annexe VII – ASCBMFQ (4188) **5**

1.1 Avant-propos 5

1.2 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire 6

1.2.1 Rédaction de la demande de remboursement 7

1.2.2 Liste des localités 10

1.3 Demande de paiement Programme de développement professionnel et de maintien des compétences – Annexe 44 – FMSQ – Annexe VII – ASCBMFQ (4188) – Description du formulaire 11

1.3.1 Rédaction de la demande de paiement 12

1.4 Expédition 15

2. Paiement **17**

2.1 Mode de paiement 17

2.2 Délai de paiement 17

2.3 État de compte 17

2.3.1 Description 17

2.3.2 Vérification des paiements 21

2.4 Règlement des demandes de remboursement ou de paiement 21

2.4.1 Paiement autorisé tel que demandé 21

2.4.2 Demandes de remboursement ou de paiement en cours de traitement 21

2.4.3 Paiement refusé en partie 21

2.4.4 Paiement refusé en totalité 21

2.4.5 Modification d'une demande déjà payée 21

2.4.6 Annulation d'une demande de remboursement ou de paiement 22

2.5 Demande de révision 22

2.5.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision 22

2.6 Demande d'annulation 22

2.7 Liste des codes de transaction 23

2.8 Liste des messages explicatifs 23

2.9 Calendriers des dates limites et de paiement 23

3. Demande de facturation hors délai **24**

4. Nous joindre **25**

Introduction

Le *Guide de facturation – Mesures incitatives* vise à vous renseigner sur les modalités de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

À cet égard, il contient notamment la rédaction de la demande de remboursement, la demande de paiement et des renseignements relatifs au paiement.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications de la *Gazette officielle du Québec* ainsi qu'à votre entente lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informé

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la RAMQ vous recommande de consulter son site Web** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez de l'information et des outils pertinents : les dernières mises à jour du guide, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente, et plus encore.

1. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (3336) ET DEMANDE DE PAIEMENT PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET DE MAINTIEN DES COMPÉTENCES – ANNEXE 44 – FMSQ – ANNEXE VII – ASCBMFQ (4188)

1.1 Avant-propos

La RAMQ met à la disposition de tous les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale admissibles au ressourcement en territoires désignés de l'annexe IV le formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (3336).

Le formulaire 3336 est disponible uniquement en version dynamique. Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la section 1.4 de ce guide.

De plus, le formulaire *Demande de paiement – Programme de développement professionnel et de maintien des compétences – Annexe 44 – FMSQ – Annexe VII – ASCBMFQ* (4188) est disponible pour les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui sont admissibles au ressourcement de l'annexe VII.

Les renseignements à fournir sur la demande de remboursement ou de paiement sont ceux qui sont exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente et qui sont nécessaires à un traitement adéquat en vue d'en effectuer le paiement.

Il est important de ne jamais écrire au verso de la demande de remboursement ou de paiement et de remplir le formulaire en lettres moulées.

Toute erreur ou omission (date, code, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de remboursement ou de paiement.

Vous devez inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire selon le format **année**, **mois**, **jour**, en utilisant toujours 2 chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 15 juin 20AA comme suit : AA-06-15.

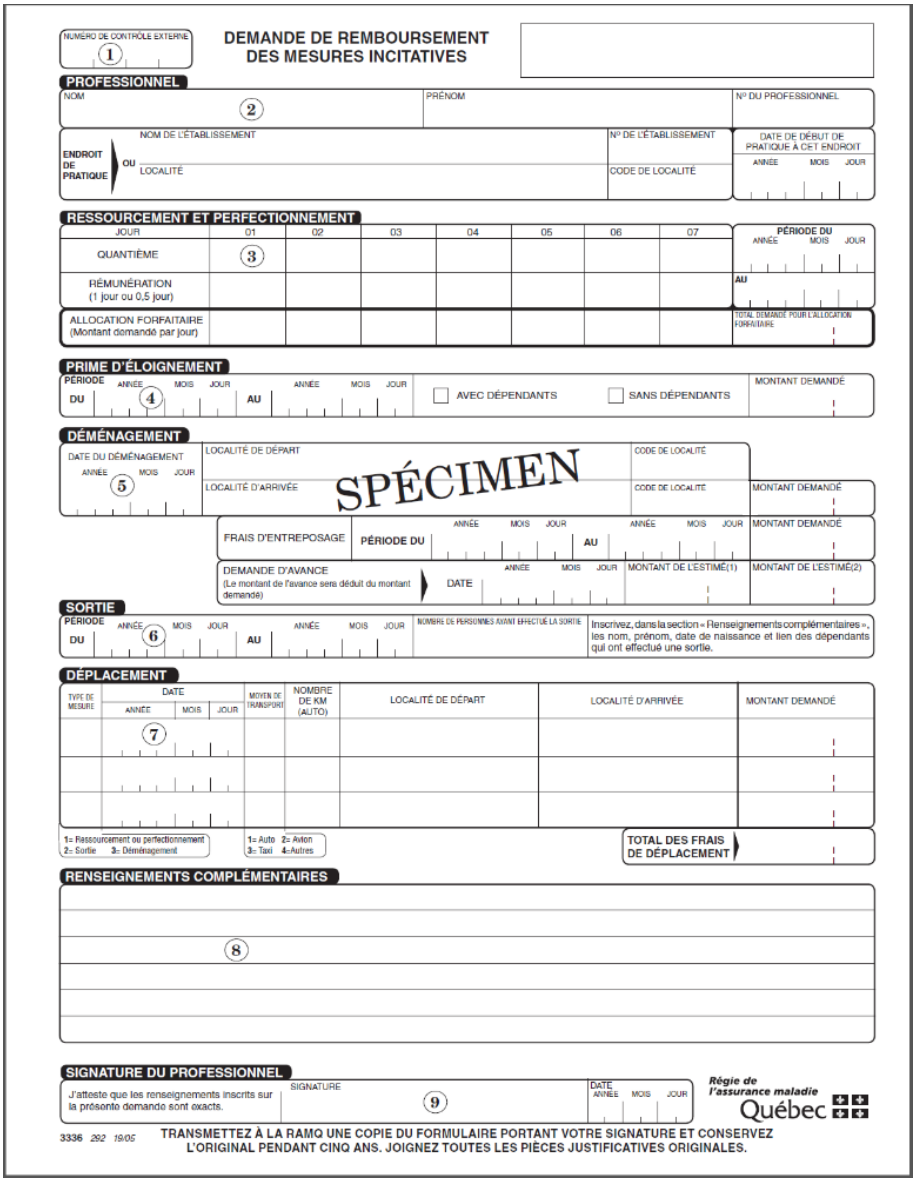
Les montants demandés doivent être inscrits **sans le symbole de dollar** ($).

1.2 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire

(Annexe IV)

La demande de remboursement comporte 9 sections :

1. Numéro de contrôle externe;
2. Professionnel;
3. Ressourcement et perfectionnement;
4. Prime d'éloignement (ne s'applique pas);
5. Déménagement (ne s'applique pas);
6. Sortie (ne s'applique pas);
7. Déplacement;
8. Renseignements complémentaires;
9. Signature du professionnel



Remarque :
Les **4 chiffres** que vous inscrivez comme numéro de contrôle externe dans la partie supérieure gauche du formulaire servent de référence pour toute correspondance relative à la demande de remboursement.

1.2.1 Rédaction de la demande de remboursement

1.2.1.1 Section 1

Numéro de contrôle externe

Le numéro de contrôle externe (NCE) figure sur la demande de remboursement à remplir par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale et doit être composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998. Un NCE différent doit être inscrit sur chacune des demandes transmises afin de faciliter le suivi et les communications avec la RAMQ.

1.2.1.2 Section 2

Professionnel

Les renseignements relatifs à l'identité du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale sont les suivants :

- **NOM :** le nom de famille au complet;
- **PRÉNOM :** le prénom usuel au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres);
- **ENDROIT DE PRATIQUE** : le nom et le numéro d'établissement ou le nom et le code de la localité de pratique;
- **DATE** : la date de début de pratique à cet endroit.

1.2.1.3 Section 3

Ressourcement et perfectionnement

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement.

- **Quantième :**
  Date représentée par un nombre à 2 chiffres de 1 à 31.
- **Période** :
  Date de début et date de fin de la période couverte par le séjour.
- **Rémunération** :
  Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.
- **Allocation forfaitaire** :
  Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'Entente.
- **Total demandé pour l'allocation forfaitaire** :
  Inscrire la somme des montants demandés pour l'allocation forfaitaire.

Si le séjour compte plus de 7 jours, utiliser un second formulaire et inscrire la référence à la demande de remboursement qui contenait les pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la *Section 7*.

1.2.1.4 Section 4

Prime d'éloignement

Ne s'applique pas à votre profession.

1.2.1.5 Section 5

Déménagement

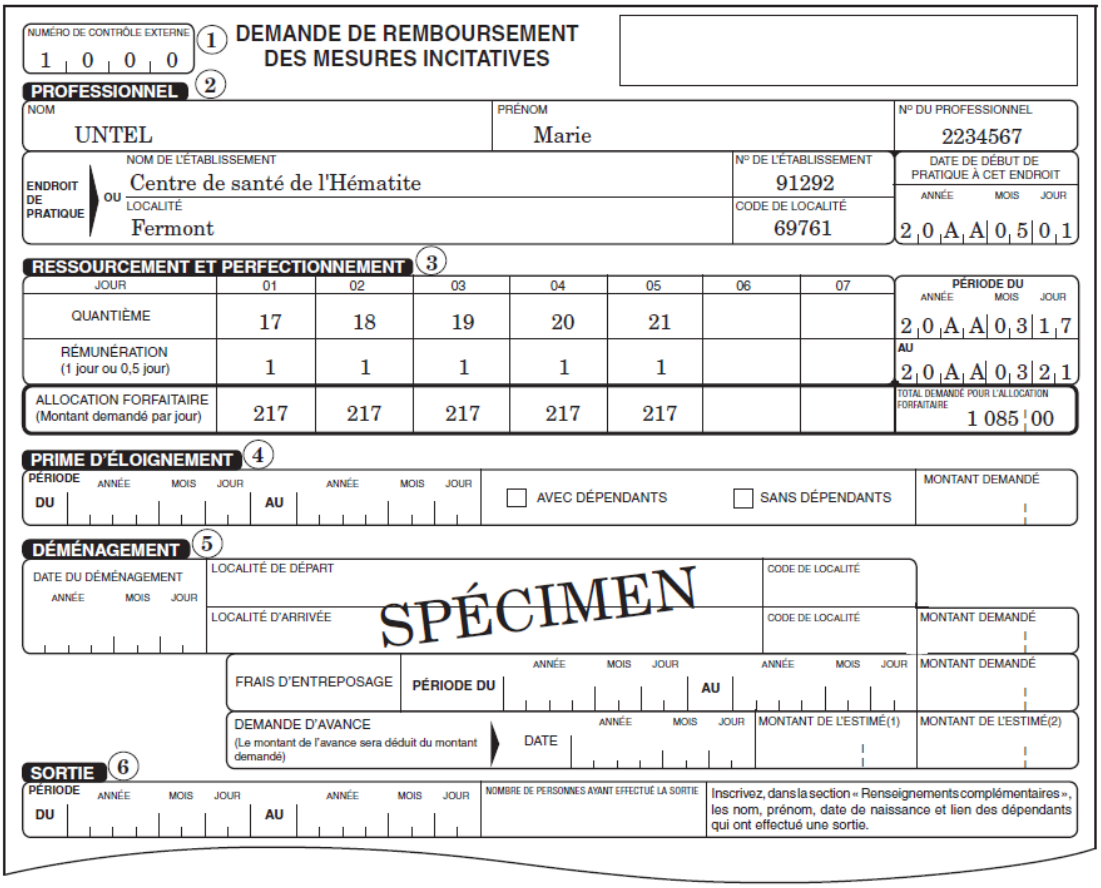
Ne s'applique pas à votre profession.

1.2.1.6 Section 6

Sortie

Ne s'applique pas à votre profession.

Exemple pour les sections 1 à 6


NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 0 (1)
DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES

PROFESSIONNEL (2)
NOM: UNTEL | PRÉNOM: Marie | Nº DU PROFESSIONNEL: 2234567
ENDROIT DE PRATIQUE — NOM DE L'ÉTABLISSEMENT: Centre de santé de l'Hématite | Nº DE L'ÉTABLISSEMENT: 91292 | DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT (ANNÉE MOIS JOUR): 2 0 A A 0 5 0 1
OU — LOCALITÉ: Fermont | CODE DE LOCALITÉ: 69761

RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT (3)

JOUR	01	02	03	04	05	06	07
QUANTIÈME	17	18	19	20	21		
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1	1	1		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	217	217	217	217	217		

PÉRIODE DU (ANNÉE MOIS JOUR): 2 0 A A 0 3 1 7
AU: 2 0 A A 0 3 2 1
TOTAL DEMANDÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE: 1 085 00

PRIME D'ÉLOIGNEMENT (4)
PÉRIODE DU (ANNÉE MOIS JOUR) AU (ANNÉE MOIS JOUR) | ☐ AVEC DÉPENDANTS ☐ SANS DÉPENDANTS | MONTANT DEMANDÉ

DÉMÉNAGEMENT (5)
DATE DU DÉMÉNAGEMENT (ANNÉE MOIS JOUR) | LOCALITÉ DE DÉPART | CODE DE LOCALITÉ
LOCALITÉ D'ARRIVÉE | CODE DE LOCALITÉ | MONTANT DEMANDÉ
FRAIS D'ENTREPOSAGE | PÉRIODE DU (ANNÉE MOIS JOUR) AU (ANNÉE MOIS JOUR) | MONTANT DEMANDÉ
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé) | DATE (ANNÉE MOIS JOUR) | MONTANT DE L'ESTIMÉ(1) | MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)

SPÉCIMEN

SORTIE (6)
PÉRIODE DU (ANNÉE MOIS JOUR) AU (ANNÉE MOIS JOUR) | NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE | Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.

1.2.1.7 Section 7

Déplacement

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement.

- **Type de mesure :**
  Indiquer le numéro correspondant à la mesure incitative *ressourcement* à laquelle les frais de déplacement se rattachent.
- **Date :**
  Date du déplacement (format année/mois/jour)

- **Moyen de transport :**
  Moyen de transport utilisé :
  1 = Auto (joindre un reçu d'essence ou de stationnement)
  2 = Avion
  3 = Taxi
  4 = Autres
- **Nombre de km (auto) :**
  Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en auto.
- **Localité de départ/Localité d'arrivée**
- **Montant demandé**
- **Total des frais de déplacement**

1.2.1.8 Section 8

Renseignements complémentaires

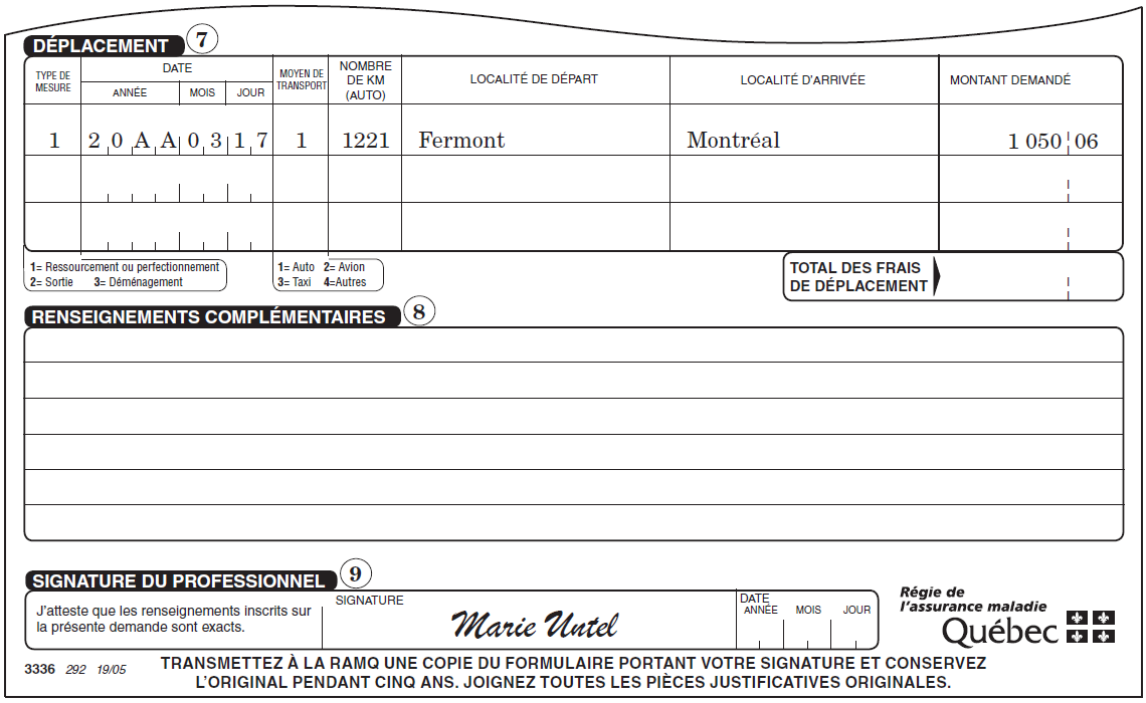
Inscrire dans cette partie tous les renseignements utiles pour le règlement de la demande de remboursement ainsi que les renseignements relatifs aux dépendants qui ont effectué la sortie, le cas échéant.

1.2.1.9 Section 9

Signature du professionnel (à remplir obligatoirement)

La demande de remboursement doit être **datée et signée à la main** par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale dont le nom figure à la **section 2** ou par son mandataire.

Exemple pour les sections 7 à 9



DÉPLACEMENT 7

TYPE DE MESURE	DATE ANNÉE	DATE MOIS	DATE JOUR	MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ
1	2 0 A A	0 3	1 7	1	1221	Fermont	Montréal	1 050 06

1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement
1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4=Autres
TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 8

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL 9

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.
SIGNATURE *Marie Untel*
DATE ANNÉE MOIS JOUR

Régie de l'assurance maladie Québec

3336 292 19/05 TRANSMETTEZ À LA RAMQ UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.

1.2.2 Liste des localités

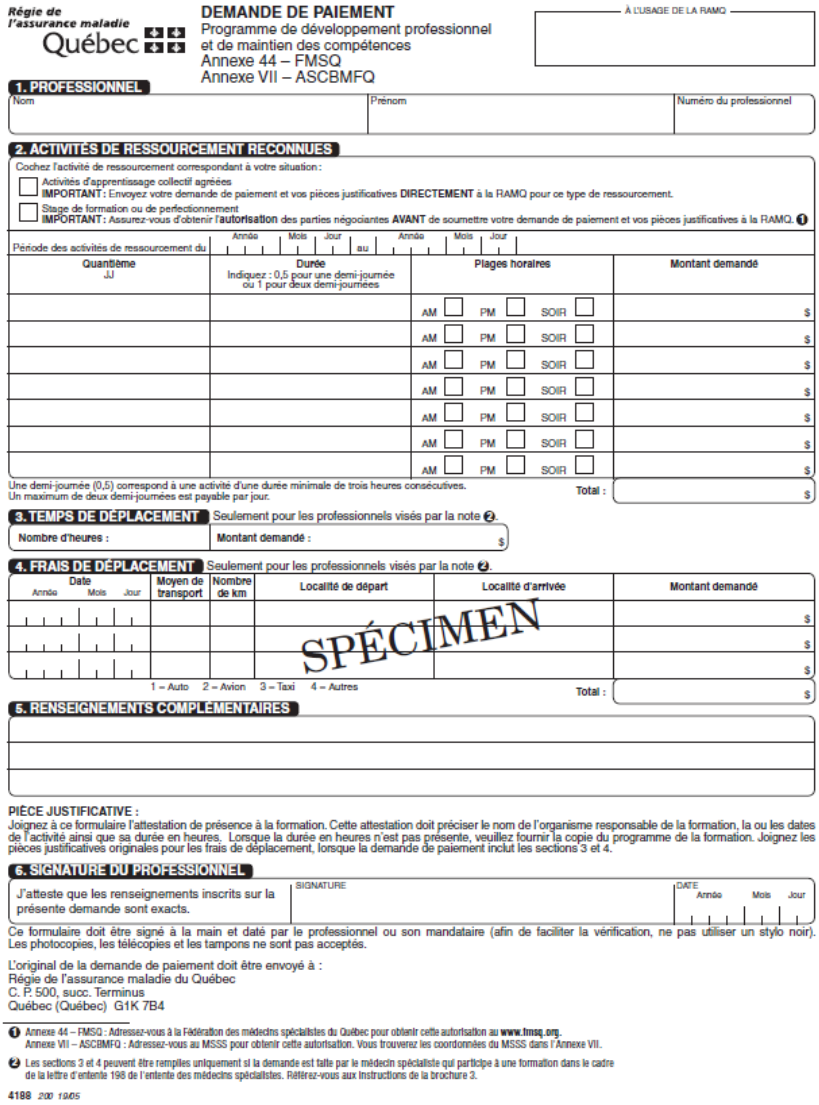
Pour l'application de l'*Annexe IV – Ressourcement dans les territoires désignés par le ministre* du *Manuel des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale – Entente et tarifs*, la liste des localités est accessible sur le site de la RAMQ.

1.3 Demande de paiement Programme de développement professionnel et de maintien des compétences – Annexe 44 – FMSQ – Annexe VII – ASCBMFQ (4188) – Description du formulaire

(Annexe 44 et Annexe VII)

La demande de paiement comporte 6 sections :

1. Professionnel;
2. Activités de ressourcement reconnues;
3. Temps de déplacement (ne s'applique pas);
4. Frais de déplacement (ne s'applique pas);
5. Renseignements complémentaires;
6. Signature du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale



Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT
Programme de développement professionnel et de maintien des compétences
Annexe 44 – FMSQ
Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RAMQ

1. PROFESSIONNEL

Nom	Prénom	Numéro du professionnel

2. ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

Cochez l'activité de ressourcement correspondant à votre situation :

☐ Activités d'apprentissage collectif agréées
IMPORTANT : Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la RAMQ pour ce type de ressourcement.

☐ Stage de formation ou de perfectionnement
IMPORTANT : Assurez-vous d'obtenir l'**autorisation** des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la RAMQ. ❶

Période des activités de ressourcement du Année Mois Jour au Année Mois Jour

Quantième JJ	Durée Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires	Montant demandé
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		Total :	$

Une demi-journée (0,5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives.
Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

3. TEMPS DE DÉPLACEMENT Seulement pour les professionnels visés par la note ❷.

Nombre d'heures :	Montant demandé : $

4. FRAIS DE DÉPLACEMENT Seulement pour les professionnels visés par la note ❷.

Date Année Mois Jour	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant demandé
					$
					$
					$
				Total :	$

1 – Auto 2 – Avion 3 – Taxi 4 – Autres

SPÉCIMEN

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :
Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

6. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE	DATE Année Mois Jour

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le professionnel ou son mandataire (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies, les télécopies et les tampons ne sont pas acceptés.

L'original de la demande de paiement doit être envoyé à :
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 500, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7B4

❶ Annexe 44 – FMSQ : Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation au **www.fmsq.org**.
Annexe VII – ASCBMFQ : Adressez-vous au MSSS pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées du MSSS dans l'Annexe VII.

❷ Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Référez-vous aux instructions de la brochure 3.

4188 200 1905

1.3.1 Rédaction de la demande de paiement

1.3.1.1 Section 1

Professionnel

Les renseignements relatifs au spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale sont les suivants :

- **NOM** : le nom de famille au complet
- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : numéro d'inscription à la RAMQ à 7 chiffres

1.3.1.2 Section 2

Activités de ressourcement reconnues

Cette section doit être remplie pour demander le paiement de demi-journées de ressourcement.

- **Identification du ressourcement**
  Deux catégories d'activité de ressourcement sont admissibles dans le cadre du Programme de développement professionnel et de maintien des compétences :

  - **Activités d'apprentissage collectif agréées (paragraphe 4.2 i. de l'annexe VII)**
    S'il s'agit d'une activité de développement professionnel et de maintien des compétences d'une durée minimale de 3 heures consécutives, donnée conformément aux normes d'un prestataire agréé en matière d'éducation et d'éthique, et évaluée comme telle par l'Ordre des dentistes du Québec, vous devez cocher cette case.

  - **Stage de formation ou de perfectionnement (paragraphe 4.2 ii. de l'annexe VII)**
    S'il s'agit d'un stage de formation ou de perfectionnement d'une durée minimale de 3 heures consécutives, vous devez cocher cette case. Cette formation doit être planifiée en collaboration avec un mentor ou un superviseur et porter sur l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences ou sur leur maintien.

    Pour que le stage soit reconnu, vous devez faire parvenir une lettre en demandant l'autorisation aux parties négociantes **un mois avant le début du stage** à l'adresse suivante :

    Équipe de négociation ASCBMFQ
    Direction des professionnels de la santé et du personnel d'encadrement
    Ministère de la Santé et des Services sociaux
    1005, chemin Sainte-Foy, 4e étage
    Québec (Québec) G1S 4N4
    Télécopieur : 418 266-8444

    Les pièces justificatives doivent être jointes au formulaire 4188 au moment de présenter votre demande de paiement à la RAMQ.

- **Période**
  Dates de début et de fin de la période couverte par les activités de ressourcement (AAAAMMJJ).

  Noter que la période de facturation ne peut excéder trente jours.

- **Quantième**
  Date du jour, formée d'un nombre à 2 chiffres de 01 à 31.

- **Durée**
  - Valeur pour une demi-journée facturée : 0,5
  - Valeur pour 2 demi-journées au cours de la même journée : 1
- **Plages horaires**

  Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale indique par un crochet ou un « X » à quel moment de la journée la formation a été suivie. Si elle a couvert plus d'une plage horaire, il doit cocher toutes celles concernées.

  Les plages horaires correspondent à :

  - AM : de 7 h à 12 h
  - PM : de 12 h à 19 h
  - Soir : de 19 h à 24 h
- **Montant demandé**

  Pour demander le montant forfaitaire alloué pour une demi-journée de formation, inscrire le montant prévu à l'Entente. Pour 2 demi-journées ou pour une journée, inscrire le double du montant prévu à l'entente.

  À la case *Total*, vous devez inscrire la somme des montants facturés pour cette demande de paiement.

1.3.1.3 Section 3

Ne s'applique pas à votre profession.

1.3.1.4 Section 4

Ne s'applique pas à votre profession.

1.3.1.5 Section 5

Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents pour le règlement de la demande de paiement.

1.3.1.6 Section 6

Signature du professionnel

La demande de paiement doit être datée et signée à la main par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale dont le nom figure à la **section 1** ou par son mandataire.

Elle doit être accompagnée de l'attestation liée à la formation. Une photocopie est acceptée. Vous devez conserver une copie de ces documents, de façon à pouvoir répondre à toute demande de renseignements supplémentaires que la RAMQ pourrait vous adresser.

Dans le cadre d'une activité d'apprentissage collectif agréée, l'attestation doit comporter une mention de reconnaissance par l'Ordre des dentistes du Québec.

Exemple pour les sections 1 à 6

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT
Programme de développement professionnel et de maintien des compétences
Annexe 44 – FMSQ
Annexe VII – ASCBMFQ

À L'USAGE DE LA RAMQ

1. PROFESSIONNEL

Nom	Prénom	Numéro du professionnel
UNTEL	Pierre	2234567

2. ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

Cochez l'activité de ressourcement correspondant à votre situation :

☑ Activités d'apprentissage collectif agréées
IMPORTANT : Envoyez votre demande de paiement et vos pièces justificatives **DIRECTEMENT** à la RAMQ pour ce type de ressourcement.

☐ Stage de formation ou de perfectionnement
IMPORTANT : Assurez-vous d'obtenir l'**autorisation** des parties négociantes **AVANT** de soumettre votre demande de paiement et vos pièces justificatives à la RAMQ. ❶

Période des activités de ressourcement du 2 0 A A 0 5 0 1 au 2 0 A A 0 5 0 3

Quantième JJ	Durée Indiquez : 0,5 pour une demi-journée ou 1 pour deux demi-journées	Plages horaires	Montant demandé
02	1,00	AM ☑ PM ☑ SOIR ☐	512,00 $
03	0,50	AM ☑ PM ☐ SOIR ☐	256,00 $
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$
		AM ☐ PM ☐ SOIR ☐	$

Une demi-journée (0,5) correspond à une activité d'une durée minimale de trois heures consécutives.
Un maximum de deux demi-journées est payable par jour.

Total : 768,00 $

3. TEMPS DE DÉPLACEMENT Seulement pour les professionnels visés par la note ❷.

Nombre d'heures :	Montant demandé :
	$

4. FRAIS DE DÉPLACEMENT Seulement pour les professionnels visés par la note ❷.

Date Année Mois Jour	Moyen de transport	Nombre de km	Localité de départ	Localité d'arrivée	Montant demandé
					$
					$
					$

1 = Auto 2 = Avion 3 = Taxi 4 = Autres

Total : $

SPÉCIMEN

5. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

PIÈCE JUSTIFICATIVE :
Joignez à ce formulaire l'attestation de présence à la formation. Cette attestation doit préciser le nom de l'organisme responsable de la formation, la ou les dates de l'activité ainsi que sa durée en heures. Lorsque la durée en heures n'est pas présente, veuillez fournir la copie du programme de la formation. Joignez les pièces justificatives originales pour les frais de déplacement, lorsque la demande de paiement inclut les sections 3 et 4.

6. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.	SIGNATURE	DATE Année Mois Jour
	Pierre Untel	2 0 A A 0 5 0 3

Ce formulaire doit être signé à la main et daté par le professionnel ou son mandataire (afin de faciliter la vérification, ne pas utiliser un stylo noir). Les photocopies, les télécopies et les tampons ne sont pas acceptés.

L'original de la demande de paiement doit être envoyé à :
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 500, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7B4

❶ Annexe 44 – FMSQ : Adressez-vous à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir cette autorisation au **www.fmsq.org**.
Annexe VII – ASCBMFQ : Adressez-vous au MSSS pour obtenir cette autorisation. Vous trouverez les coordonnées du MSSS dans l'Annexe VII.

❷ Les sections 3 et 4 peuvent être remplies uniquement si la demande est faite par le médecin spécialiste qui participe à une formation dans le cadre de la lettre d'entente 198 de l'entente des médecins spécialistes. Référez-vous aux instructions de la brochure 3.

4188 200 19-05

1.4 Expédition

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit transmettre à la RAMQ une copie portant une signature et conserver 5 ans une copie en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la RAMQ peut requérir.

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la RAMQ, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à la demande de remboursement ou de paiement.

Il est important d'affranchir suffisamment et de ne pas oublier d'inscrire le nom et l'adresse de l'expéditeur dans le coin supérieur gauche.

Les demandes de remboursement ou de paiement doivent être transmises à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 500, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7B4

2. PAIEMENT

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit soumettre sa demande de remboursement ou de paiement **dûment remplie dans les 90 jours suivant la date à laquelle le service assuré a été rendu**.

2.1 Mode de paiement

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines sous forme de virement automatique ou de chèque émis à l'ordre du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale traitant.

Le virement automatique se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 $. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

2.2 Délai de paiement

La RAMQ effectue le paiement des demandes dûment remplies dans les 45 jours suivant leur réception.

Si une demande de remboursement ou de paiement ne figure pas sur les états de compte dans les 45 jours suivant son envoi à la RAMQ, elle doit être resoumise dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus.

2.3 État de compte

Un état de compte est produit lors de chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde est différent de zéro.

2.3.1 Description

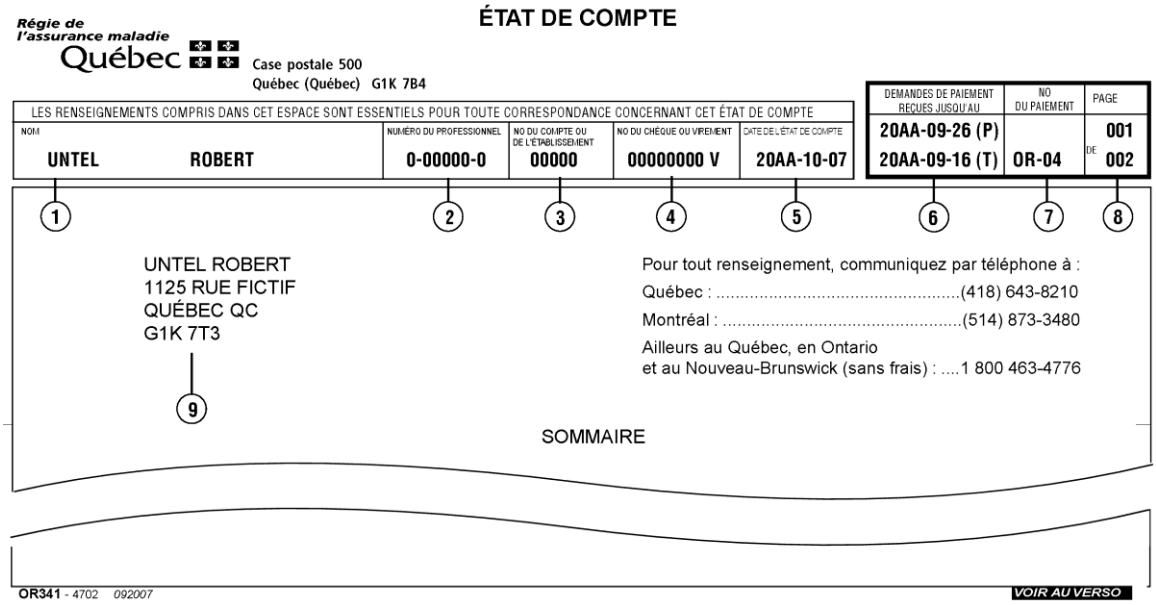
L'état de compte comporte les renseignements généraux, le sommaire et le détail des demandes de remboursement ou de paiement qui font l'objet de transactions en page 2 et subséquentes.

2.3.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. **NOM :** Les nom et prénom du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.
2. **N^{O} DU PROFESSIONNEL** : Le numéro du spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
3. **N^{O} DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
4. **N^{O} DU CHÈQUE OU VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre **C** figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre **V**.

5. **DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. **DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU** : Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre **P** pour *papier* ou **T** pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
7. **N^O^ DU PAIEMENT** : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. **PAGE** : La pagination se réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. **NOM ET ADRESSE** : Le nom et l'adresse postale fournis par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.



Remarque : Cet exemple illustre l'état de compte. Il est reproduit de façon partielle.

2.3.1.2 Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
   - total des montants payés par type de transaction;
   - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
   - montant net payé.
3. Description des gains : Les sommes versées par la RAMQ y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, congé rémunéré, etc.).
4. Déductions cumulatives
5. Description des codes de transaction (TRA)

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX (1)

LES LETTRES PAIEMENT/RECOUVREMENT SONT MAINTENANT EXPÉDIÉES DANS VOTRE MESSAGERIE SÉCURISÉE. POUR LES RECEVOIR PAPIER, MODIFIER VOTRE DOSSIER EN LIGNE.

PAIEMENTS ET RETENUS (2)

PAIEMENTS				
	DP ou facture payée	**0,00**		
	TOTAL DU PAIEMENT		**0,00**	
RETENUES				
	Modif. facture ou relevé	**0,00**		
	Cotisation synd.	**0,00**		
	TOTAL DES RETENUES		**0,00**	
MONTANT NET				**0,00**

DESCRIPTION DES GAINS (3) **0,00**

DÉDUCTIONS CUMULATIVES (4)
Cotisation synd. **0,00**

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) (5)
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.
90 Ajustements spéciaux de révision.

OR341 *4702 306 09/94* **VOIR AU VERSO**

2.3.1.3 Demandes de remboursement ou de paiement qui font l'objet d'une transaction – Sections 1a à 10a

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

1a. **Nº DE LA DEMANDE** : Numéros de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives, par ordre croissant.

2a. **DATE DE RÉCEPTION** : Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme *année*, *mois*, *jour* (ex. : AA0122, c'est-à-dire AA pour 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième).

3a. **CODE TRA :** Numéros se référant à la nature de la transaction **TRA**.

4a. **NATURE DU MONTANT** : Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.

Type de mesure, soit :

- déménagement;
- prime d'éloignement;
- ressourcement;
- sortie.

Élément de mesure, soit :

- allocation forfaitaire;
- autres frais;
- demande d'avances;
- déménagement;
- déplacement;
- prime d'éloignement;
- frais d'entreposage;
- rémunération.

5a. **TEMPS/KILOM.** : Le nombre d'heures (H), de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.

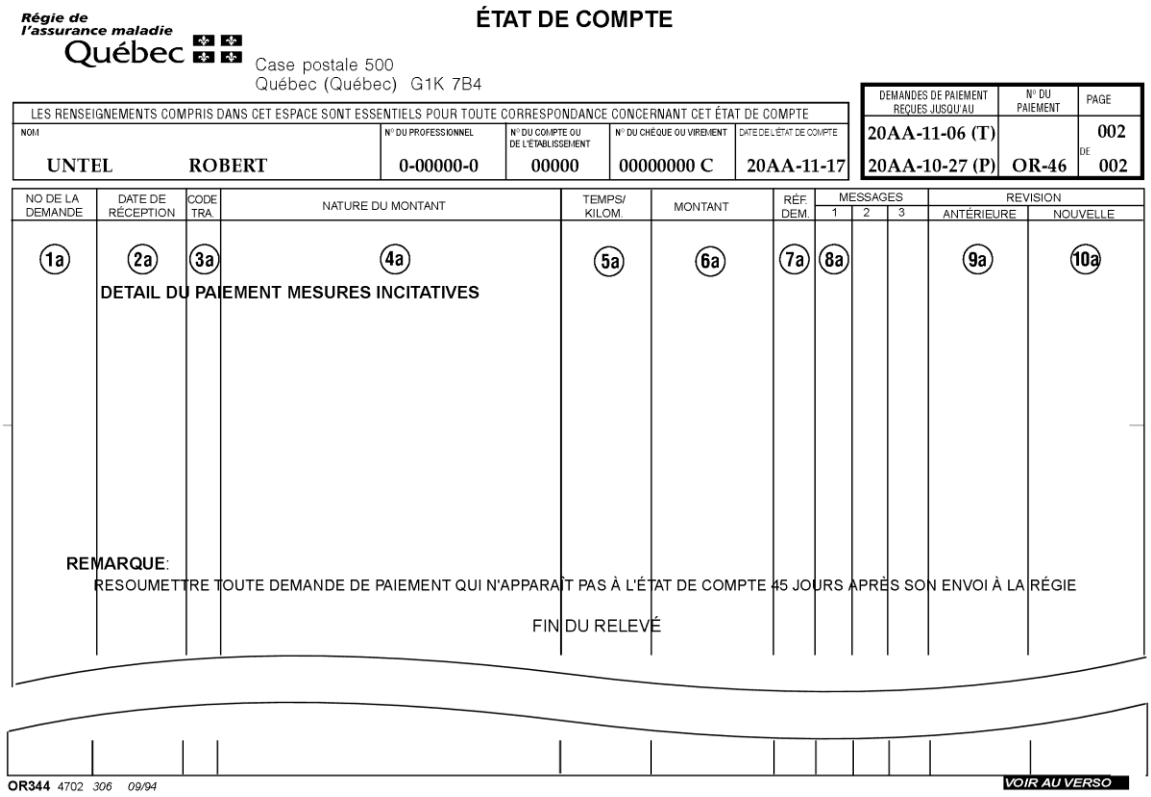
6a. **MONTANT** : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

7a. **RÉF. DEM.** : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.

8a. **MESSAGES** : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l'état de compte).

9a. **RÉVISION ANTÉRIEURE** : Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé avant révision.

10a. **RÉVISION NOUVELLE** : Le nombre d'heures ou de jours ou le montant payé après révision.



Régie de l'assurance maladie Québec

ÉTAT DE COMPTE

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
20AA-11-06 (T)		002
20AA-10-27 (P)	OR-46	DE 002

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-11-17

NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS/ KILOM.	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES 1	2	3	REVISION ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a
	DETAIL DU PAIEMENT MESURES INCITATIVES										

REMARQUE:
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE

FIN DU RELEVÉ

OR344 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

2.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale est soumis. Il doit conserver ses exemplaires de demandes de remboursement ou de paiement afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

2.4 Règlement des demandes de remboursement ou de paiement

Les demandes dûment remplies sont évaluées par la RAMQ.

2.4.1 Paiement autorisé tel que demandé

Dans ces cas, le montant payé par la RAMQ correspond à celui demandé par le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale. La demande figure à l'état de compte sans code de transaction.

2.4.2 Demandes de remboursement ou de paiement en cours de traitement

Toute demande accompagnée du code de transaction **TRA 05** est en cours de traitement. Vous devez attendre que la demande paraisse sur un état de compte subséquent accompagnée d'un autre code de transaction **avant d'en demander la révision ou d'en soumettre une nouvelle**.

2.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la RAMQ est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type de mesure figure à l'état de compte suivi du code de transaction **TRA 02** ou **22** et du code de message explicatif approprié.

2.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02** ou **22** et du code de message explicatif approprié. De plus, dans le cas d'un refus de paiement partiel, l'élément de mesure visé paraît.

Dans ce cas, **faire une demande de révision**, s'il y a lieu de contester la décision de la RAMQ, et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises. Voir la section 2.5.

2.4.5 Modification d'une demande déjà payée

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui désire modifier des éléments ou des types de mesure déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 2.5.

2.4.6 Annulation d'une demande de remboursement ou de paiement

Toute demande de paiement ou de remboursement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **TRA 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour être payé, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit **soumettre une nouvelle demande** comportant tous les renseignements requis dans **un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande**.

2.5 Demande de révision

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale souhaitant que la RAMQ révise une demande de paiement refusée en tout ou en partie peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

Le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale souhaitant faire modifier ou annuler une demande de paiement payée doit aussi demander une révision à la RAMQ.

Le délai pour demander une révision est de 90 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la demande de paiement.

Pour toute demande de révision, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale doit remplir le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549) et l'expédier à l'adresse indiquée sur les instructions de remplissage du formulaire.

2.5.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Si votre messagerie sécurisée n'est pas active, vous recevrez notre correspondance par la poste. Pour recevoir des notifications, fournissez-nous votre adresse courriel.

De plus, afin de vous permettre de mieux identifier les correspondances reçues en lien avec une révision, nous avons créé 3 objets dans votre messagerie sécurisée :

- Réponse à votre demande;
- Demande de renseignement;
- Explication d'une révision RAMQ.

Puisque ces correspondances ne sont pas transmises à votre agence de facturation, il est de votre responsabilité de les lui faire suivre lorsque cela est nécessaire.

2.6 Demande d'annulation

Les demandes de paiement payées que le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (1549).

2.7 Liste des codes de transaction

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes par un code **TRA** et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif.

La liste des codes de transaction (TRA) est accessible sur le site de la RAMQ.

2.8 Liste des messages explicatifs

La liste des messages explicatifs est accessible sur le site de la RAMQ.

2.9 Calendriers des dates limites et de paiement

Les Calendriers des dates limites et de paiement sont accessibles sur le site de la RAMQ.

3. DEMANDE DE FACTURATION HORS DÉLAI

Exceptionnellement, le spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale peut demander à la RAMQ de lui soumettre une demande de paiement après le délai de 90 jours. Il doit alors lui démontrer qu'il était dans l'impossibilité d'agir plus tôt. Pour faire cette demande, voir la page *Facturation hors délai* du site Web de la RAMQ.

4. NOUS JOINDRE

Consultez la page *Nous joindre* du site Web de la RAMQ.